

Les péritonites aiguës par perforation des diverticulites et cancers coliques

(A PROPOS DE 32 CAS)

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Jean-Pierre POURET

de

LIMOGES (France)

THÈSE N° 3397

LIMOGES
J. DUGÉNY

1974

Les péritonites aiguës par perforation des diverticulites et cancers coliques

(A PROPOS DE 32 CAS)

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Jean-Pierre POURET

de

LIMOGES (France)

THÈSE N° 3397

LIMOGES

J. DUGÉNY

1974

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Jean-Claude Rudler, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 8 avril 1974

Le doyen :
William GEISENDORF.

Thèse N° 3397



A mon Père : le Docteur Henri POURET.

A ma Mère : le Docteur Edith POURET.

Ils m'ont donné un magnifique exemple de courage, de travail, et, de réussite.

Qu'ils trouvent ici le faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A ma Fiancée.

A ma Sœur.

A ma Tante.

***A notre Maître et Président de thèse,
le Professeur Jean-Claude RUDLER.***

- Chirurgien des Hôpitaux de Paris.
- Professeur Agrégé de Pathologie Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.
- Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Genève.
- Président de l'Académie de Chirurgie.

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Il nous a accueilli comme interne dans son service où il nous a prodigué un enseignement exceptionnel et prestigieux.

Qu'il trouve ici témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

***A notre Maître
le Professeur Aloys WERNER.***

Directeur de la Clinique Universitaire de Neurochirurgie
à la Faculté de Médecine de Genève.

Il nous a fait l'honneur de nous accepter comme interne dans son service. Il nous a fait découvrir la neurochirurgie, sa rigueur, sa précision et nous l'a brillamment enseignée.

Qu'il trouve ici l'expression de notre extrême reconnaissance.

***A notre Maître
le Professeur Louis NICOD.***

Professeur de Clinique Orthopédique à la Faculté de Médecine
de Lausanne.

Nous avons eu l'honneur de commencer chez lui notre internat. Il nous a accueilli dans son service avec bienveillance et nous a enseigné la chirurgie orthopédique et traumatologique.

Qu'il soit assuré de notre profond respect.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545925_0002

A notre Maître
le Docteur Jean MOREAUX
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Il a enrichi notre expérience et nous a légué un mode de raisonnement chirurgical. Qu'il trouve ici le témoignage de notre profonde admiration.

A notre Maître
le Professeur Agrégé François DUBOIS.
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Dont nous avons pu admirer l'exceptionnel talent chirurgical. Nous sommes fiers d'avoir été son élève. Qu'il soit assuré de notre reconnaissance et de nos hommages respectueux.

LES PERITONITES AIGUES PAR PERFORATION DES DIVERTICULITES ET CANCERS COLIQUES

(A PROPOS DE 32 CAS)

PLAN DE LA THESE

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODES

RESULTATS

I. - Les péritonites des diverticulites coliques.

- Mortalité
- Sexe
- Age
- Délais entre début des signes et hospitalisation
- Température
- Contracture
- Examen radiologique
- Découverte opératoire
- Tableau 1

II. - Les péritonites dues aux cancers perforés.

- x perforation in situ
- x perforation d'amont
- Mortalité
- Sexe
- Age
- Délais entre début des signes et hospitalisation
- Température

- Contracture
- Examen radiologique
- Découverte opératoire
- Tableaux récapitulatifs

COMMENTAIRES

- Relative gravité des perforations néoplastiques par rapport aux perforations des diverticulites.
- Propositions pour améliorer les résultats
 - Arriver à un diagnostic plus précoce
 - par le lavage dialyse péritonéal
 - lavement baryté avec produit iodé hydrosoluble
 - Quel est le traitement chirurgical le plus efficace ?
 - série personnelle
 - critique des différentes interventions proposées
 - revue de la littérature
 - proposition pour un traitement chirurgical "idéal"
 - Réanimation
 - Résection
 - Problème de l'anastomose
 - Problème du drainage.

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Nous entendons par ces termes les perforations coliques en rapport direct avec un cancer ou une diverticulite et dues à ceux-ci, se produisant d'emblée en péritoine libre.

Nous éliminons donc:

- les perforations en péritoine cloisonné (abcès)
- les fistules.

Ces péritonites qui, il y a vingt-cinq ans signifiaient un arrêt de mort, réalisent encore aujourd'hui des complications d'une très haute gravité quant à leur pronostic.

MATERIEL ET METHODES

Cette étude repose sur 32 observations, toutes recueillies à la Clinique Chirurgicale de la Faculté de Médecine de Genève (Professeur J.-C. Rudler). Elle s'étend sur une période de 15 ans (1957-1972).

En outre il nous a paru intéressant de reprendre la littérature des vingt dernières années traitant ce sujet afin d'étudier les progrès réalisés dans le traitement de cette grave affection grâce aux apports de la réanimation, à l'emploi d'antibiotiques et à l'amélioration des techniques chirurgicales. Mais pourquoi associer dans un même travail deux affections d'étiologie différentes ? D'abord, elles réalisent une symptomatologie fort semblable et posent des problèmes diagnostiques parfois impossibles à résoudre même à ventre ouvert. Ensuite, ces deux affections peuvent cohabiter chez un même malade. Enfin, elles trouvent souvent la même sanction thérapeutique.

RESULTATS

I. - PERITONITES DES DIVERTICULITES COLIQUES

La mortalité globale est de 11 décès pour 26 malades (42%). La mortalité post-opératoire est de 9 sur 23 opérés (39%). Deux malades qui présentaient à la fois et une sigmoïdite et un cancer colique sont décédés sans avoir été opérés.

Nous avons 15 hommes pour 11 femmes, 9 hommes sont morts ainsi que 2 femmes.

Trois malades ont moins de 50 ans, les 23 autres ont plus de 50 ans (et 11 sont décédés). Sur les 18 malades qui ont plus de 60 ans, 10 sont morts. Les femmes sont proportionnellement plus âgées que les hommes. A l'exception de deux qui ont cinquante-deux ans, les autres ont toutes plus de 60 ans et 7 sur 11 plus de 70 ans. Chez les hommes, l'un est dans la troisième décennie et deux dans la quatrième décennie de la vie.

Le délai écoulé entre le début des troubles, le diagnostic et l'intervention est de moins de 12 heures dans 7 cas (3 morts), de 24 heures dans 5 cas (aucun décès), 5 fois il atteint 40 heures (2 décès), 2 fois il est de 72 heures. Un malade n'a été opéré qu'au bout de 4 jours, il est vivant. Enfin, 2 ont été admis respectivement après 8 jours et 3 semaines (les deux sont décédés). Enfin, ce délai n'est pas précisé dans 4 observations (ces 4 malades sont décédés).

Une fièvre supérieure ou égale à 37°9 existe chez 17 malades (et 6 sont morts). La température est inférieure à 37°6 dans 8 cas (5 décès). Dans une observation la température n'est pas précisée.

La contracture généralisée ou localisée est notée 15 fois (5 malades décédés).

La radiographie sans préparation de l'abdomen révèle dans 9 cas un pneumopéritoine (avec 3 morts), une fois des niveaux grêles. Par contre une grisaille diffuse de l'abdomen en rapport avec la péritonite a toujours été notée.

A l'intervention on a retrouvé les lésions suivantes : deux abcès perforés en péritoine libre ; une perforation d'une diverticulite aiguë sigmoïdienne située en amont d'un cancer, le malade est mort. Dans un cas il y avait plusieurs perforations ; le siège de la perforation n'a pas ou n'a pu être mentionné dans 2 cas sur 24 ; dans un cas la vérification post-nécropsique a montré une seconde perforation se trouvant en amont d'une anse sigmoïdienne déjà extériorisée pour perforation. Le tableau 1 met en évidence la place des péritonites diverticulaires parmi les péritonites coliques ainsi que la mortalité dans notre série personnelle comparée à celle trouvée dans une revue de la littérature des 10 dernières années.

TABLEAU COMPARATIF ENTRE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE ET NOTRE SÉRIE PERSONNELLE

TABLEAU 1

	Nombre de cas	Mortalité	Nombre de cas	Mortalité
Diverticulites	553	23 %	24	37 %
Cancers	277	62 %	6	66 %
Diverticulites et Cancers	91	49 %	2	100 %
Autres origines	171	44 %	3	66 %
Total	1.092	39,5 %	35	42 %

L'attitude thérapeutique a été la suivante :

- suture simple de la perforation plus drainage : 1 cas
- cécostomie : 2 cas
- anus d'amont (avec ou sans suture de la perforation) : 19 cas
- extériorisation : 1 cas (un malade a été récusé par le chirurgien).

II. - LES PERITONITES DUES AUX CANCERS COLIQUES

Doivent être séparées d'emblée :

- les perforations in situ, c'est à dire celles qui se produisent en pleine zone tumorale, siégeant le plus souvent sur le côlon gauche, d'aspect souvent nécrotique et dont la taille peut varier de trois millimètres à cinq centimètres environ. Elles peuvent être favorisées par un lavement évacuateur ou baryté.
- les perforations d'amont ou diastatiques qui restent les plus étudiées du fait des problèmes pathogéniques et thérapeutiques qu'elles soulèvent. Ce sont celles qui siègent en amont du cancer et dont la caractéristique est de se produire dans une zone indemne de tout tissu tumoral. Moreaux et Couloignier distinguent trois types anatomiques :

- type A ou mécanique
- type B ou nécrotique
- quant au type C (petite perforation lenticulaire, toujours unique, siégeant au niveau de la zone amincie), elle est rare et de pathogénie difficilement explicable.

Nos résultats globaux quel que soit le mécanisme de la perforation (in situ ou d'amont) sont les suivants :

sur 8 malades, deux étaient porteurs de cancers coliques associés à une diverticulite sigmoïdienne. Il y a 6 décès et 2 cas de perforations d'amont.

Notre série comprend 6 hommes pour 2 femmes ; les deux survivants sont du sexe masculin.

Nous n'avons pas de perforation de cancer colique dans les 6 premières décennies de la vie.

7e décennie : 4 cas (3 morts)

8e décennie : 3 cas (2 morts)

9e décennie : 1 cas, il est décédé.

A l'exception d'un cas où le malade nous fut adressé 24 heures après le début des troubles, le délai atteint 48 heures dans un cas, 10 jours dans 3 cas, 3 semaines et 1 mois dans 2 autres cas (non précisé : 1 cas). Les signes cliniques précédant la perforation sont tout à fait comparables à ceux observés dans les diverticulites : douleurs abdominales, sub-occlusion et occlusion dominant habituellement le tableau.

Une fièvre supérieure ou égale à 37°9 existe 4 fois (3 de ces malades sont décédés). 2 malades seulement présentaient une contracture abdominale (deux décès). Enfin, un seul malade était en état de collapsus.

RAPPORT ENTRE FREQUENCE DES SIGNES GENERAUX ET MORTALITE

TABLEAU 2

Signes généraux	Nombre de cas	Mortalité
Fièvre		
- Supérieure ou égale à 37°9	20	8
- Inférieure ou égale à 37°6	11	7
- Non précisée	1	
Collapsus		
- Présent	6	3
- Absent	22	10
- Non précisé	4	2

**RAPPORT ENTRE FREQUENCE DES SIGNES
PHYSIQUES ET MORTALITE
(Cancers et diverticulites)**

TABLEAU 3

S. Physiques	Nombre de cas	Décès
Contracture		
- Généralisée ou localisée	15	6
- Absente ou défense localisée	14	7
- Non précisée	3	2
Touchers pelviens		
- Douloureux	9	3
- Non douloureux	11	3
- Non précisés	12	9
pneumopéritoine		
- Présent	10	3
- Absent	16	7
- Non précisé	6	5

Radiologiquement les signes d'obstruction colique sont visibles : constants en cas de perforation d'amont, présents plusieurs fois en cas de perforation in situ, ils s'associent à la grisaille diffuse déjà citée lors des perforations diverticulaires signant la péritonite. Nous avons observé un seul pneumo-péritoine.

À l'intervention, en tenant compte du fait que 5 malades sur 8 ont pu être opérés, on n'a relevé que 2 fois la présence de matières dans la cavité péritonéale, dans 3 cas il s'agissait de pus. Toutefois, lors de l'autopsie des malades qui n'avaient pas été opérés, il y avait 2 péritonites fécaloïdes et 2 péritonites fibrino-leucocytaires.

Les tumeurs sont ainsi situées :

- ascendant : 1 fois
- angle gauche : 1 fois
- sigmoïde : 3 fois
- jonction recto-sigmoïdienne : 3 fois

L'attitude thérapeutique a été variable

- une caecostomie
- un drainage simple
- trois colostomies d'amont (1 s'accompagne d'un drainage, un autre d'une suture de la perforation). Chez ce dernier malade on a fait un mois plus tard une opération de Hartmann. Ces colostomies ont été faites une fois sur le transverse, deux fois sur le côlon gauche.
- n'ont pas été opérés : 3 malades.

COMMENTAIRES

Cette étude réalise la plus importante série colligée dans un même service et publiée en langue française.

Comme le révèle le tableau 1, 8 péritonites généralisées coliques sur 10 sont d'origine diverticulaire ou néoplasique (91 % dans notre série) et pratiquement une péritonite colique en péritoine libre sur 2 est due à une diverticulite. Une péritonite colique sur 3 est d'origine néoplasique. La perforation en péritoine libre des cancers coliques et recto-coliques est une éventualité rare.

- Miller 1102 cancers ; 7 perforations
- Floyd 1802 cancers ; 24 perforations
- Green 1815 cancers ; 41 perforations
- Roux 200 cancers ; 2 perforations

La perforation en péritoine libre est la moins fréquente des complications des cancers coliques.

Sur 284 malades atteints de cancer perforé du côlon ou du rectum, Miller retrouve 43 abcès, 21 fistules et 7 perforations en péritoine libre. Sur 182 cas de cancer colique perforé Donaldson fait état de 93 abcès, 50 fistules et 39 perforations en péritoine libre. La perforations in situ semble plus fréquente que la perforation en amont Miller : sur 21 cas : 18 perforations sur la tumeur et 3 perforations d'amont ; Mosimann : sur 32 perforations : 23 sur la tumeur et 9 perforations d'amont. Ce fait se vérifie dans notre série et nous avons 6 perforations in situ pour deux perforations distatiques. Il est à noter que les problèmes pathogéniques, mécaniques, vasculaires et infectieux ont fait l'objet d'études plus approfondies et sont plus volontiers rapportés pour les perforations diastatiques. Enfin pour Crowder cette dernière affection serait plus fréquente en valeur absolue chez la femme 3,3 % que chez l'homme 1,8 %.

MORTALITE

Un fait est essentiel, quelle que soit l'étiologie de la péritonite, il n'est pas d'exemple, ni dans la littérature ni dans notre série, qu'un malade ait pu survivre sans que l'on soit intervenu chirurgicalement. Pour les diverticulites, notre mortalité opératoire est de 39 %. Elle est plus élevée que la mortalité que nous avons relevée dans la littérature (23 %). Cette différence n'est pas significative ($P = 0,5$). En effet les péritonites généralisées des diverticulites coliques néoplasiques la mortalité observée est importante ; elle atteint 75 % dans notre série. Toutefois la mortalité que nous avons relevée dans la littérature n'est guère moins impressionnante : 62 %. Cette différence de mortalité n'est pas significative ($P = 0,50$ %).

Ces péritonites néoplasiques sont les plus graves des péritonites coliques et parmi celles-ci les plus redoutables sont les perforations d'amont. Les conséquences d'une perforation néoplasique dépendent du type, de la taille, du siège de la perforation ainsi que de l'importance de l'occlusion associée.

Dans les cancers perforés in situ, l'occlusion précédant la perforation est souvent inexistante et d'emblée se réalise une péritonite généralisée.

Dans les perforations d'amont, au contraire, l'occlusion est quasi-constante et ceci explique la gravité plus affirmée de cette variété d'affection. L'équilibre biologique du malade est perturbé par des jours, voire des semaines d'occlusion. Le contenu colique, après cet épisode de stase, est hautement septique et lors de son irruption dans la cavité péritonéale il va faire des ravages surtout par l'intermédiaire des germes gram négatifs et de leurs toxines ; ceci se produisant sur un terrain déjà en retard électrolytique

du fait de l'occlusion préexistante. L'épanchement intrapéritonéal sera plus ou moins important.

Si la perforation est minime, ce qui est fréquent, il y aura une émission de gaz et le pneumo-péritoine pourra devenir gigantesque. En fait le plus souvent il y a un épanchement séropurulent associé dû à une exsudation péritonéale réactionnelle plutôt qu'à la filtration à travers l'orifice. Ainsi se réalisera le tableau d'une péritonite évoluant à bas bruit.

Si la perforation est de large dimension, il y aura issue de gaz et de matières fécales avec tableau rapide de péritonite franche redoutable s'accompagnant de signes fonctionnels et généraux bruyants et devenant rapidement gravissimes.

Il apparaît donc que l'agent et le mode de contamination péritonéale sont plus importants dans les perforations d'amont que dans les perforations in situ.

Puisque ces péritonites n'ont jamais d'évolution spontanément favorable, (aucun des malades n'ayant pas ou pu être opéré n'a survécu) nous pouvons affirmer que la gravité du pronostic est dû pour une part au retard apporté au diagnostic. Nous voyons deux raisons à ce retard.

D'une part le début des troubles présents est souvent difficile à établir chez les malades ayant des antécédents de douleurs coliques qui ont commencé de façon identique. En outre ces malades, le plus souvent âgés, s'observent peu. Le début est rarement brutal et le plus souvent progressif, précédé ou accompagné de signes de sub-occlusion. Cependant le caractère aigu de la crise est rarement inférieur à 12 heures et il est le plus souvent de un ou plusieurs jours.

On sait combien la gravité des péritonites généralisées est majorée après la 6e heure et surtout après 12 heures d'évolution. Selon Launois et Maillard, la mortalité, sans tenir compte de l'étiologie, passerait de 5 % avant la 6e heure à 35 % après la 12e heure.

D'autre part, si le diagnostic est si tardif, c'est que le tableau clinique est rarement celui que l'on attend d'une péritonite généralisée bactérienne par perforation d'un viscère creux : la température est normale une fois sur trois. La contracture abdominale est absente dans plus de la moitié des cas. Les touchers pelviens sont très rarement douloureux et le pneumo-péritoine est absent dans 50 % des cas. Il est masqué le plus souvent, par des signes de distention colique, surtout en cas de péritonite diastatique.

Nous sommes donc généralement en présence d'un patient âgé en mauvais état général porteur d'un syndrome abdominal "bâtard".

Comment parvenir à un diagnostic plus précoce ? Nous pensons que deux moyens peuvent nous y conduire.

Avant toute chose, devant tout signe clinique d'obstruction colique avec ou sans antécédent digestif, surtout chez les patients de plus de 60 ans : songer à faire de façon systématique une radiographie de l'abdomen sans préparation : l'existence de signes d'occlusion coliques ou d'épanchement liquidien intrapéritonéal doivent faire hospitaliser le malade sans tarder en milieu chirurgical. Un colon caecum, transverse, dont le diamètre, sur le cliché de l'abdomen sans perforation, est égal ou supérieur à 12 cm doit être considéré comme perforé).

D'une part le lavage péritonéal à but diagnostique (dont les principes ont été énoncés par Veith) pourra, en ramenant un liquide trouble, franchement purulent ou d'aspect fécaloïde, signer l'existence d'une péritonite et commander la coeliotomie. La présence d'un iléus radiologique du côlon et du grêle, en règle modéré, ne saurait être une contre-indication à la réalisation de ce lavage péritonéal. Cependant s'il y a des signes francs d'occlusion, si l'anamnèse nous indique que celle-ci dure depuis plusieurs jours, voire plusieurs semaines, ce mode d'examen sera inutile (péritonite déjà organisée et drainage péritonéal impossible) et dangereux (possibilité de blesser une ou plusieurs anses intestinales).

D'autre part, si une affection colique aiguë est soupçonnée le second moyen de diagnostic dont nous disposons est de faire un lavement avec un produit iodé hydrosoluble radio-opaque. Ces produits, contrairement à la baryte, sont parfaitement atoxiques s'ils font irruption dans la cavité péritonéale et ils pourront en outre révéler à la fois le siège et la cause de l'obstacle, l'existence et le niveau d'une perforation. Néanmoins cet examen a des limites : les diverticulites à forme sténosante, les perforations situées en amont d'une sténose néoplasique très serrée.

La deuxième donnée du problème sur laquelle nous pouvons agir pour améliorer le pronostic est le traitement. Celui-ci sera toujours chirurgical. Tous les auteurs consultés ainsi que l'examen de notre série personnelle confirment qu'il ne peut y avoir de succès sans intervention.

Personne ne discute l'importance capitale d'une réanimation préopératoire de plusieurs heures combattant le collapsus latent ou patent,

l'hypovolémie, l'infection, l'acidose et l'oligo-anurie. Le tableau ci-dessous révèle les différentes attitudes thérapeutiques retrouvées dans notre série personnelle.

TABLEAU 4

	Diverticulites (24)	Diverticulites + Cancer (2)	Cancer (6)	Décès
Drainage simple de la Perforation			1	1
Suture simple de la Perforation + Drainage	1			1
Caecostomie	2		1	2
Anus d'amont (avec ou sans suture de la perfo- ration	19		3	6
Extériorisation	1			1
Non opéré	1	2	1	4
Totaux	24	2	6	15

- drainage simple de la perforation : la grande majorité des auteurs consultés condamnent cette méthode n'ayant eu aucun succès par simple drainage. Nous avons dans notre série un patient traité de cette manière, il est décédé et bien que Johnson ait eu un succès, en précisant toutefois que le péritoine était peu contaminé, nous pensons que cette façon de procéder est à proscrire.

- la suture simple avec drainage est insuffisante d'autant que dans les perforations de diverticules on ne trouve pas toujours d'orifice à suturer. En outre dans les cancers perforés laisser la tumeur en place présente de multiples inconvénients :

— Si la perforation siège au niveau du cancer elle peut être difficile à suturer et la péritonite peut continuer d'évoluer malgré un anus d'amont.

— Si la tumeur est infectée ou nécrotique, les produits toxiques peuvent continuer de se décharger dans l'organisme.

Malgré un anus d'amont la perforation peut se produire in situ (1 cas)

ou se reproduire et déterminer une défaillance circulatoire pulmonaire ou rénale. "En cas de faillite rénale le traitement de foyer septique fait donc partie du traitement de l'anurie" (Launois et Maillard).

- Le cancer peut devenir inopérable et avoir disséminé quelques semaines plus tard.
 - (D'autant plus que l'on peut faire une erreur de diagnostic et prendre un cancer pour une sigmoïdite).
 - Enfin cela oblige à un deuxième, voire à un troisième temps opératoire.
- Nous avons un cas de cancer traité par suture et drainage.

— Caecostomie plus drainage (2 cas). Cette technique a l'avantage de la simplicité et de la bénignité. C'est en effet une intervention peu choquante pouvant être réalisée rapidement par une simple incision iliaque droite, besoin sous anesthésie locale, chez des malades en très mauvais état général. Elle permet d'aboucher la perforation à la peau et donc de l'exclure de la cavité péritonéale et dans un certain nombre de cas de décompresser suffisamment l'intestin et de vaincre les méfaits de l'occlusion. Ceci explique qu'elle garde encore la faveur de nombreux chirurgiens.

Pourtant les inconvénients sont nombreux :

En effet bien discutables paraissent ces caecostomies faites à minima sous anesthésie locale avec une incision locale : d'une part dans ces interventions "à l'aveugle" tout bilan exact des lésions paraît impossible. D'abord on ne peut se faire une idée exacte de l'état du cadre colique et l'on s'expose à la méconnaissance d'une seconde perforation (du transverse par exemple). Ensuite la cause de la perforation ne peut être reconnue et affirmée. Enfin il n'est pas possible de faire une vidange complète du côlon et de pratiquer une toilette péritonéale sérieuse. D'autre part, même si la caecostomie est faite dans de bonnes conditions après ouverture large de la cavité abdominale et exploration, elle ne met pas à l'abri d'une nouvelle perforation. Il existe ainsi dans la littérature plusieurs observations de perforations survenues après caecostomie. En effet la caecostomie est loin d'assurer toujours une bonne dérivation. Il est de fait qu'une simple sonde placée dans le caecum ne peut habituellement pas parvenir à évacuer ces côlons remplis de matières et de détritiques solides chez des malades en occlusion depuis parfois plus d'une semaine. De ce point de vue l'anus caecal large serait donc plus efficace mais la fréquence de la suppuration pariétale, l'abondance de l'écoulement liquidien font de la fistule caecale une lourde infirmité.

Il n'en reste pas moins que quelles que soient les objections formulées, la caecostomie a parfois été un geste salvateur.

Suture de la perforation protégée par un anus d'amont : 22 cas

C'est une méthode qui a été utilisée :

- d'une part pour les perforations d'amont siégeant sur la partie gauche du côlon transverse ou sur le côlon gauche,
- d'autre part pour des perforations siégeant en pleine tumeur (néoplasique ou inflammatoire).

Il s'agit là d'une intervention qui a les mérites de la rapidité et de la simplicité. Elle paraît assez logique lorsque l'on est en présence d'une perforation d'amont. En effet on peut espérer par la dérivation et après vidange du côlon lutter de manière efficace contre l'occlusion.

D'autre part la suture de la perforation protégée par la dérivation externe doit permettre de stopper l'ensemencement ; ainsi cette suture sera efficace si elle est pratiquée sur un côlon redevenu plat et bien vascularisé et que l'anus de protection ait été ouvert d'emblée. Cette technique nous paraît plus discutable si la perforation siège dans une zone ischémique étendue vouant à l'échec toute suture faite dans un tel terrain.

De plus cette technique engage l'avenir :

- En effet si la tumeur, la perforation d'amont et l'anus sont relativement proches, un seul temps opératoire secondaire pourrait être suffisant pour enlever le cancer et rétablir la continuité.
- Par contre si l'anus est très à distance de la tumeur du fait du siège de la perforation il ne sera habituellement pas possible dans un seul temps opératoire ultérieur d'enlever à la fois la lésion et de traiter l'anus d'amont. Un troisième temps opératoire sera alors nécessaire pour fermer celui-ci. Cette multiplication des actes chirurgicaux est un des principaux reproches que l'on peut adresser à cette méthode.

La suture d'une perforation située sur la tumeur avec anus d'amont est extrêmement discutable car si la dérivation semble logique que penser d'une suture faite en pleine zone tumorale ? Cette méthode a cependant été parfois utilisée avec succès. Elle nous semble réservée soit à des perforations très petites, soit lorsque l'on est en présence d'un bloc inflammatoire très peu mobilisable ou si le cancer est inextirpable. Dans notre série personnelle l'anus d'amont avec ou sans suture nous a donné de beaux succès.

Toutefois l'anus d'amont sans résection s'expose aux critiques énoncées plus haut concernant les méthodes laissant en place l'agent causal de la péritonite.

- l'extériorisation (1 cas) : elle a été essentiellement employée,

— soit pour des perforations d'amont siègeant sur le sigmoïde, le transverse, voire le caecum.

— soit pour des cancers perforés du côlon transverse et du sigmoïde. Les extériorisations sont des méthodes d'exécution simple et rapide. Mais leur intérêt majeur est surtout d'exclure de la cavité péritonéale soit la perforation seule soit la tumeur et la perforation, soit la tumeur perforée et en tout cas d'exclure la source principale de contamination péritonéale. Malheureusement ces techniques ne sont applicables que dans des segments intestinaux mobiles ou facilement mobilisables c'est-à-dire le caecum parfois, le transverse et le sigmoïde le plus souvent. En fait l'étude de la littérature révèle que l'extériorisation et la résection (avec ou sans anastomose immédiate) sont significativement supérieures à l'anus d'amont, que ce soit dans le traitement des diverticulites ou celui des cancers perforés. La résection donne d'ailleurs significativement de meilleurs résultats que l'extériorisation. (Tableau 5)

- La résection primaire d'emblée reste encore discutée. Autrefois l'attitude classique devant des complications gravissimes était formelle, acte chirurgical rapide et simple. On craignait d'attaquer la cause directe de la péritonite de peur de faire flamber l'infection, de disséminer les bactéries, on considérait que décoller un côlon, c'était risquer une grave cellulite rétro-péritonéale. Enlever un cancer en pleine infection aiguë, c'était favoriser la dissémination néoplasique. La durée d'une côlectomie paraissait incompatible avec la gravité de l'affection. Enfin, il serait impensable d'envisager une anastomose sans préparation intestinale en plein terrain de péritonite et d'occlusion.

Les avantages de la côlectomie d'emblée sont nombreux. Seule celle-ci, si elle est large, peut permettre de traiter en un seul temps la perforation et sa cause. Au mieux si une anastomose a pu être pratiquée, une seule intervention peut donc suffire à guérir définitivement le patient. D'où diminution de la mortalité.

La côlectomie d'emblée élimine en outre la source de contamination péritonéale, qu'il s'agisse du segment colique perforé ou du cancer.

Enfin, seule la côlectomie d'emblée peut être satisfaisante sur le plan carcinologique. Seule l'exérèse large du néoplasme permet d'espérer une guérison. On a tout intérêt à la réaliser d'emblée quand on sait la rapidité de diffusion péritonéale des cellules malignes. Mosimann apporte plusieurs observations où lors du deuxième temps opératoire pratiqué après une simple dérivation le cancer s'était rapidement développé localement et avait

largement essaimé, l'exérèse était alors illusoire.

Notons que Liechty pense que l'exérèse néoplasique en pleine péritonite diminuerait les risques de dissémination du cancer. Certaines conclusions de chirurgie expérimentale faites par des auteurs américains ont en effet suggéré un effet anti-tumoral des germes.

Pour toutes ces raisons la côlectomie paraît être la meilleure intervention à utiliser en priorité.

Le traitement des perforations côliques en péritoine libre devra donc se rapprocher le plus possible des principes ci-dessous énoncés et sa mise en œuvre devra être entourée de certaines précautions.

REVUE DE LA LITTÉRATURE : RAPPORT ENTRE TRAITEMENT MORTALITE ET ETIOLOGIE

TABEAU 5

	Nombre de cas	Décès
DIVERTICULITES		
A. - Comparaison entre les méthodes laissant la lésion en place et celles qui la mettent hors du ventre		
Lésion laissée en place	366	29 %
Lésion hors du ventre	187	11 %
$P < 0,01$		
B. - Comparaison entre anus d'amont et résection		
Anus d'amont	283	29 %
Résection	132	9 %
$P < 0,001$		
C. - Comparaison entre anus d'amont et extériorisation		
Anus d'amont	283	29 %
Extériorisation	55	17 %
$P < 0,05$		
CANCER		
A. - Comparaison entre les méthodes laissant la lésion en place et celles qui mettent la lésion hors du ventre		
Lésion laissée en place	51	54 %
Lésion hors du ventre	64	22 %
$P < 0,001$		
B. - Comparaison entre anus d'amont et résection		
Anus d'amont	23	39 %
Résection	51	18 %
$P < 0,05$		
C. - Comparaison entre anus d'amont et extériorisation		
Anus d'amont	23	39 %
Extériorisation	12	42 %
$P > 0,90$		

Une fois le diagnostic fait, instituer une réanimation préopératoire dont la durée et l'intensité sont affaire de cas particuliers. Plus le malade est en mauvais état général plus cette réanimation préopératoire doit être prolongée.

Lutter contre le choc par des transfusions et surtout une rééquilibration hydroélectrolytique basée sur l'hématocrite et le bilan ionique, la pression veineuse centrale et la diurèse horaire.

L'aspiration gastrique sera mise en œuvre bien qu'elle ne soit pas toujours d'une grande efficacité.

L'intervention devra être pratiquée avec anesthésie la moins choquante possible.

La voie d'abord sera suffisamment large pour permettre une exploration complète de la cavité abdominale et faciliter au maximum les manœuvres opératoires.

Après examen des lésions on s'attachera à assurer l'évacuation la plus complète de l'intestin soit en agrandissant l'orifice de la perforation soit après section du côlon si la cœlectomie paraît possible.

La toilette péritonéale sera complète en évacuant tous les liquides péritonéaux, en enlevant les fausses membranes, en pratiquant enfin un grand lavage au sérum tiède et du Dakin. Si la souillure est ancienne, il est illusoire de penser pouvoir faire une toilette absolue parfaite.

Une antibiothérapie générale pré - per et post-opératoire dirigée par un antibiogramme sera instituée. La seule arme nouvelle qui nous semble de valeur est le lavage péritonéal post-opératoire. Celui-ci ne se conçoit que si la lésion n'est plus dans la cavité péritonéale.

Les cathéters de perfusion et de drainage sont mis en place en fin d'intervention. Seule cette dialyse permet de désinfecter le péritoine, de détruire les germes et leurs toxines, d'agir sur la diurèse et de faciliter l'équilibre acidobasique et hydroélectrolytiques, et aussi d'instiller localement des antibiotiques : les céporines et la kanamycine seraient les plus efficaces.

Deux problèmes restent cependant à discuter :

Problème de l'anastomose : Celle-ci ne doit pas être pratiquée à tout prix ; ainsi, lorsque l'on est en présence d'une péritonite ancienne avec contamination péritonéale massive, elle nous semble peu souhaitable. Dans d'autres cas ce n'est qu'après une vidange intestinale complète que l'on

jugera de l'état des extrémités coliques : si le calibre intestinal diminue franchement, si les tranches de section saignent, si l'intestin se contracte normalement, l'anastomose peut être légitime. Mais s'il persiste le moindre doute l'abstention est indiquée. L'étude de la littérature semble indiquer qu'il est toujours possible de réaliser une anastomose après côlectomie droite. Par contre à gauche la crainte d'une traction sur la ligne de suture, la nécessité fréquente de décrocher l'angle gauche et les lésions spléniques qui peuvent parfois s'y associer allongent le temps opératoire. Enfin, le contenu du côlon gauche fait souvent renoncer à l'anastomose d'emblée. Il semble alors préférable de terminer l'intervention à la manière de Hartmann ou de Bouilly-Volkman. L'anastomose ne doit donc être réalisée, selon nous, que si les extrémités coliques viennent facilement au contact sans qu'il soit nécessaire d'allonger ou de compliquer le temps opératoire, surtout si la souillure péritonéale est minime.

Problème du drainage : Bon nombre d'auteurs prétendent fermer sans drainage et ceci avec succès après nettoyage complet et soigneux de la cavité péritonéale même dans des cas où la contamination était importante. En fait le drainage des décollements voire du douglas représente pour la plupart des auteurs et nous-mêmes une sécurité supplémentaire. Cette mesure doit parachever l'effet du traitement chirurgical.

CONCLUSION

Trente-deux observations de péritonites généralisées par perforation colique d'origine diverticulaire et néoplasique sont rapportées. La mortalité est de 15 morts. Le retard apporté au diagnostic et au traitement joue un rôle primordial dans l'établissement de ces résultats.

De cette étude nous tirons les conclusions suivantes : la conduite à tenir devant un syndrome abdominal bâtarde dont les examens classiques n'ont pas fait le diagnostic sera de mettre en œuvre une ponction-lavage péritonéale à but diagnostic. Un liquide purulent ou louche riche en leucocytes signe la péritonite. Par le cathéter, une instillation locale d'antibiotiques peut être sur le champ commencée. Un lavement par produits radioopaques hydrosolubles, non agressifs pour le contenu de la cavité péritonéale, peut faire le diagnostic étiologique et topographique de la péritonite. Une réanimation énergétique hydroélectrolytique préopératoire est mise en œuvre pour combattre collapsus et anurie patente ou latente.

La tactique opératoire doit tenir compte de l'état général et local. Si la souillure péritonéale est due à la perforation d'un diverticule, récente, peu fécale, de petit calibre, l'anus d'amont (avec suture de la perforation si elle existe) s'accompagne d'un drainage large, est légitime. En revanche, lorsque la péritonite est due à une perforation néoplastique, et ancienne, massive, fécale, chez des malades en instabilité vasculo-rénale, il faut extérioriser ou mieux réséquer la lésion sans rétablir la continuité et poursuivre un lavage péritonéal post-opératoire facilitant la reprise de la diurèse et permettant l'instillation locale du céporine ou de kanamycine. Seules ces mesures nous semblent susceptibles d'améliorer le pronostic.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADLOFF M., LAMPERT M., OTTENI F., NOUZHA E. (1971). - Plaidoyer en faveur de la colectomie d'emblée en cas de cancer colique vu en urgence. *J. Chir.*, 102, 1-2, 45.
2. ARCHAMPONG E.Q. (1969). - Operative treatment of typhoid perforation of the bowel. *Brit. Med. J.*, 3, 273.
3. ARONSON H. (1960). - Non traumatic perforations of the colon. *Acta Chir. Scand.*, 119, 5, 439.
4. AUNE S., NORMANN E. (1970). - Diffuse peritonitis treated with continuous peritoneal lavage. *Acta Chir. Scand.*, 136, 401.
5. BELDING H.M. (1957). - Acute perforated diverticulitis of the sigmoid colon with generalized peritonitis. *Arch. Surg.*, 74, 511.
6. BOTSFORD T.W., ZOLLINGER R.M., HICKS R. (1971). - Mortality of the surgical treatment of diverticulitis. *Amer. J. Surg.*, 121, 702.
7. BYRNE R.V. (1966). - Primary resection of the colon for perforated diverticulitis. *Amer. J. Surg.*, 112, 273.
8. CANTER J.W., SHORB P.E. (1971). - Acute perforation of colonie diverticula associated with prolonged adrenocorticosteroid therapy. *Amer. J. Surg.* 121, 46.
9. CARAYON A., TOURNIER-LASSESE, HUET (1963). - Les perforations et sphacèles coliques dans l'amibiase intestinale. *J. Chir.*, 85, 1, 39.
10. COLLOQUE CHIRURGICAL PARIS-LILLE (1967). - Traitement des sigmoïdes sous la présidence du Professeur R. VERNEJOUL. *Ann. Chir.*, 21, 25-26, 1539-1600.

11. CRILLE G. (1954). - *Dangers of conservative surgery in abdominal emergency. Surgery*, 35, 122.
12. CROWDER V.H., COHN I. (1967). - *Perforation in cancer of the colon and rectum. Dis. Colon Rectum*, 10, 415.
13. GLENN F., MACSHERRY (1971). - *Obstruction and perforation in colorectal cancer. Ann. Surg.*, 173, 6, 983.
14. GONZALES C.B., ASTACIO J.N. (1964). - *Perforation of colon and rectum by amebic ulcers. Dis. Colon Rectum*, 7, 6, 548.
15. GOUMET J.C. (1969). - *Perforations recto-coliques néo-plasiques en péritoine libre. Thèse, Paris.*
16. HAVIA T. (1971). - *Non traumatic perforation of the colon. Acta Chir. Scand.* 137, 375.
17. HERRINGTON J.-L. and all. (1967). - *Colon resection with primary anastomosis performed as an emergency and as a non-planned operation. Ann. Surg.*, 165, 709.
18. KIRKHAM C.S. (1960). - *Spontaneous perforation of the normal pelvic colon. Brit. J. Surg.*, 48, 126.
19. LAGACHE G., PROYE C. (1969). - *Signes, diagnostic et traitement des péritonites par perforation du grêle et du côlon. Rev. Prat.*, 19, 4, 467.
20. LARGE J.M. (1964). - *Treatment of perforated diverticulitis. Lancet.* 22, 413.
21. LATAIN P. (1968). - *La perforation des cancers du sigmoïde. Gaz. méd. Fr.*, 75, 30, 6067.
- 21 bis. LAUNOIS B., MAILLARD J.N. (1968). - *Pathogénie des péritonites, Indications thérapeutiques, conceptions actuelles. Ann. Chir.*, 22, 11-12, 811-818.
22. LE NEEL J.C., LEBORGNE J., VISSET J., MOUSSEAU M. (1971). - *Les perforations diastasiques. J. Chir.*, 102, 1-2, 65.
23. LIEDBERG G. (1969). - *Stercoraceous perforation of the colon. Acta Chir. Scand.*, 135, 552.
24. MACKENNA J.P., CURRIE D.J., MACDONALD J.A., MAHONEY N.J., LANSKAIL J.C. (1970). - *The use of continuous postoperative peritoneal lavage in the management of diffuse peritonitis. Surgery, Gynec. Obstet.*, p. 254.
- 24 bis. McMULLAN M.H., BARNETT W.O. (1970). - *The clinical use of intra-peritoneal cephalotin. Surg. Gynec. Obstet.*, 3, 432.

25. MADDEN J.L. (1966). - Treatment of perforated lesions of the colon by primary resection and anastomosis. *Dis. Colon Rectum*. 9. 413.
26. MILLER D.N., WICHERN W.A. (1971). - Perforated sigmoid diverticulitis, appraisal of primary versus delayed resection. *Amer. J. Surg.*, 121, 536.
27. MILLER L., ROHCHOW I.B., FIPPS W. (1966). - Analyse de 284 cas de cancer du côlon avec perforation. *Surg. Gynec. Obstet.*, 123, 6, 1212.
28. MOREAUX J., COULOIGNER J. (1963). - Les perforations diastasiques du caecum et du côlon. *J. Chir.*, 85, 2, 199.
29. NOUSSIAS M.P. (1962). - Spontaneous rupture of the bowel. *Brit. J. Surg.*, 50, 220, 195.
30. PARKER R.A., THOMAS P.M. (1959). - Intestinal perforation and widespread arteritis in rheumatoid arthritis during treatment with cortisone. *Brit. Med. J.*, 28, 540.
31. INDER PERKASH, SATPARI P., ABARWAL K.C., CHAKRAVARTI R.N., CHHUTTANI P.N. (1970). - Prolonged peritoneal lavage in fecal peritonitis. *Surgery*, 68, 5, 842.
32. POSATO E.F., ORAM-SMITH J.C., MULLIS W.F. (1970). - Peritoneal lavage therapy in peritonitis, *Surgical Forum, American College of Surgeons*, vol. XXI, 56th annual clinical Congress. p. 223.
33. ROSENBLUM W.I., BUDYILOVICH G.N., SOLOMON C. (1963). - Periarteritis nodosa with perforation of the colon : a rare complication. Report of 2 cases. *Amer. J. Dig. Dis.*, 8, 5, 463.
34. SCHNEITER R. (1962). - Les sigmoïdes et leur traitement chirurgical. *Ann. Chir.*, 19-20, 1.
35. SMILLEY D.F. (1966). - Perforated sigmoid diverticulitis with spreading peritonitis. *Amer. J. Surg.*, 111, 431.
36. TAGART R.E.B. (1969). - Diverticular disease of the colon, clinical aspects. *Brit. J. Surg.*, 56, 6, 417.
37. THWAITES C. (1962). - Spontaneous rupture of the colon. *Med. J. Aust.*, 49, 15, 594.
38. VEITH F.J., WILLIAM M.D., WEBBER B., KARL R.C., DEYSINE M. (1967). - Diagnostic peritoneal lavage in acute abdominal disease : normal findings and evaluation in 100 patients. *Ann. Surg.*, 166, 2, 290.
39. WATRINS G.I., OLIVER G.A. (1971). - Surgical treatment of acute perforative sigmoid diverticulitis. *Surgery*. 69, 2, 215.

40. WHELAN C.S., FURCINITTI J.F., LAVAREDDA C. (1971). - Surgical management of perforated *lésions* of the colon with diffusing peritonitis. *Amer. J. Surg.*, 121, 374.
41. YVERGNEAUX E., VAN DE VIVER W., YVERGNEAUX J.P. (1964). - A propos des perforations dites diastasiques du côlon. *Acta gastro-ent. belg.* 27, 5-6, 337.

